UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 104

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PLACE ET DES RÉSULTATS DE LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE DANS LA LITHIASE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en décembre 1964

PAR

Henri RABEDASY

MEMBRES DU JURY

MM. GRIMOUD, *Président*

POULHES, MONNIER, GEDEON — *Assesseurs.*

FICAT, *Suppléant*

IMPRIMERIE DU CENTRE — CAMILLI et FOURNIE

28, allée Jean-Jaurès, Toulouse

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1964 N° 104

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA PLACE ET DES RÉSULTATS DE LA CHOLÉDOCO-DUODÉNOSTOMIE DANS LA LITHIASE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en décembre 1964

PAR

Henri RABEDASY

MEMBRES DU JURY { MM. GRIMOUD, *Président*; POULHES, MONNIER, GEDEON *Assesseurs.*; FICAT, *Suppléant* }

IMPRIMERIE DU CENTRE — CAMILLI et FOURNIE
28, allée Jean-Jaurès, Toulouse

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM
DOYEN	LAZORTHES
1er Assesseur	BLANC
2e Assesseur	SOREL

Doyens honoraires : MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
Professeurs honoraires : MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD.

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MERIEL, GADRAT	Clinique ophtalm.	CALMETTES
Clinique chirurgicale	LAGROT	Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE Pierre	Clinique rhumatologique	RUFFIE René
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD	Accouchement et Obstétricie Sociale	PONTONNIER
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE	Anatomie	THOMAS
Clinique chirur. orthop. et traumatologique	RIEUNAU	Anatomie appliquée	POULHES
Clinioue de chirurgie cardio-vasculaire	ENJALBERT	Anatomie pathologique.	FABRE Jacques
Clinique des maladies cutanées et syphilit	BAZEX	Bactériologie, hygiène, médecine sociale	N.
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne	MOREL	Biophysique Médicale	AUVERGNAT
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ	Chimie Biologique	VALDIGUIE
Clinique des maladies infectieuses	ANDRIEU	Electroradiologie	MARQUES
Clinique médicale infantile et puéricul	SOREL	Embryologie générale	BROUSSY Jean
Clinique médicale de la première enfance	BARDIER	Histologie	BIMES
Clinique neuro-chirurgie	LAZORTHES	Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Clinique de neurologie et de psychiatrie	GERAUD	Médecine lég. et du travail	PLANQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM Paul	Médecine Sociale	MONNIER
Clinique Odonto-Stomotologique	CADENAT (H.)	Parasitologie	BOUISSET
		Pathologie Chirurgicale.	DAMBRIN
		Pathologie générale et médecine expériment.	SENDRAIL
		Physico-Chimie	N...
		Physiologie	LAPORTE Yves
		Physiologie appliquée et Pharmacologie	BAISSET
		Propédeutique médicale.	LAPORTE Jacques
		Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Bactériologie	Mme ENJALBERT	Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY	Pathologie médicale	BOULARD
Maladie infectieuses	ARMENGAUD	Physique Médicale	BRU

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique.	BOUISSOU	Parasitologie	RUFFIE Jacques
Histologie et embryologie	PLANEL	Physiologie	MONTASTRUC
Ophtalmologie	DEODATI		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	BASTIDE	Hématologie	DUCOS
Anesthésiologie	LARENG	Histologie et embryologie	GUILHEM André
Carcinologie	ESTRADE	Médecine générale	RIBAUT
Chirurgie générale	GEDEON, SARRAZIN	Pathologie expériment.	GLEIZES
Electroradiologie	PONS	Physiologie	BESSOU
		Physique médicale	COMMANAY
		Pneumo-phtisiologie	MIGUERES

AGREGES

Médecine générale	CALAZEL, RASCOL, LE TALLEC, RIBET	Médecine légale	GREZES-RUEFF
Chirurgie générale	FICAT, PASQUIE, GAUBERT, SOUQUET	Neurochirurgie	ESPAGNO Jacques
Dermatologie et syphil.	DUPRE	Neurologie et psychiatrie	GAYRAL
Hydrologie	DENARD	Obstétrique	ESPAGNO (Guy)
		Ophtalmologie	BEC
		Pneumo-phtisiologie	DELAUDE

AGREGES LIBRES

Pathologie chirurgicale.. DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU	Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Chimie analytique, Toxicologie et Hyg. indust.	BOURBON	Pharmacie galénique	STANISLAS
Chimie Pharmaceutique.	BLANC	Zoologie	ROUX
Matière Médicale	VINCENT		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	ROQUES	Pharmacie	COUTURIER
Sciences Naturelles	Mme CAUJOLLE		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	BREUILLAUD	Sciences Physiques	PITET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Chimie organique	BERTRAND	Zoologie	GAYREL
Toxicologie	BROUSSY Georges		

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	ROCHE	Secrétaire	BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délib. du 12-5-1891)

Je dédie ce travail

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546523_0084

A MON PERE, A MA MERE

Pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis pour moi, pour l'exemple de labeur et de courage qu'ils m'ont donné, ce travail leur appartient. Trouvent-ils ici la moindre satisfaction ? Et mon but sera déjà atteint.

A MES FRERES, ET SŒURS,

MES BEAUX-FRERES, ET BELLES-SŒURS

Leurs sollicitudes n'ont pas cessé de me soutenir tout au long de mes études.

A MES NEVEUX ET NIECES

A TOUS LES MIENS, ONCLES ET TANTES

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

PATERNELS RAINIANJA

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

MATERNELS RAINIJAOFETRA

A MON PAYS, MADAGASCAR

Notre but est toujours de le mieux servir.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur de Clinique chirurgicale et du Cancer

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et nous fait l'honneur de présider notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre déférente gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHES

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre respectueuse considération et de notre vive reconnaissance pour l'enseignement que vous nous avez prodigué, pour votre esprit de compréhension qui fait que les étudiants d'Outre-Mer trouvent auprès de vous un guide sûr et amical.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONNIER

Professeur de Médecine Sociale
Médecin des Hôpitaux

Nous avons pu admirer pendant nos stages hospitaliers, la rigueur de son sens clinique et ses profondes qualités humaines. Nous craignons fort que le travail que nous lui soumettons soit loin de refléter ces qualités essentielles.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEDEON

Maître de Conférence Agrégé de Chirurgie Générale

Qui a bien voulu accepter de siéger à notre jury de thèse. Il nous est agréable de souligner ce geste obligeant et d'exprimer en retour notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FICAT

Professeur agrégé de Chirurgie Générale

Nous le remercions de son enseignement et de l'honneur qu'il nous fait de siéger à notre jury.

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A Monsieur le Docteur MALECAZE

Avec notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours démontrée dès le début de nos études médicales.

A Monsieur le Docteur CAZAL - GAMELSY

Dont la contribution à la réalisation de ce travail nous a été irremplaçable.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens

du Centre Hospitalier de Tarbes

Vos connaissances et patiences ont guidé nos premiers pas dans la pratique de la médecine.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens

du Centre Hospitalier d'Auch

et tout particulièrement Monsieur le Docteur CARLIER

A TOUS MES CAMARADES DES INTERNATS

DES CENTRES HOSPITALIERS

DE TARBES ET D'AUCH

AVANT-PROPOS

Depuis plus d'un demi-siècle, la conduite à tenir dans la chirurgie de la lithiase de la voie biliaire principale (V.B.P.), une fois l'extraction calculeuse faite, reste le sujet de beaucoup de discussions entre les différentes écoles chirurgicales. En effet, ce qui fait l'intérêt de la chirurgie cholédocienne, c'est qu'il est possible d'apporter une série de nuances das le choix des indications thérapeutiques. Ne vouloir utiliser qu'une seule méthode aux dépens des autres, risque de faire des actes thérapeutiques erronés. Actuellement, le problème ne doit même pas se borner à la discussion de la valeur comparée de tel ou tel procédé chirurgical, mais il consiste surtout à apprécier quel mode thérapeutique convient à tel cas particulier.

C'est ainsi que l'Ecole toulousaine a pris part aux discussions dans les Sociétés et Académies de Chirurgie. Elle a ses expériences sur les différentes façons de terminer la chirurgie de la lithiase cholédocienne, et parmi celles-ci : la cholédoco-duodénostomie (C.D.).

Ayant eu l'honneur d'être chargé par notre Maître, le Professeur Grimoud, *d'étudier la place et le résultat de la C.D. dans la lithiase de la voie biliaire principale, nous nous proposons :*

1° *Rappel historique de l'anastomose cholédoco-duodénale ;*

2° *Nos observations : au nombre de 26 ;*

3° *Synthèse de nos indications ;*

4° *Les résultats ;*

5° *Les conclusions.*

HISTORIQUE

Comme pour toutes les techniques opératoires, l'étude de l'histoire de la cholédoco-duodénostomie (C.D.) dans la chirurgie biliaire nous permet de nous faire une opinion sur sa valeur, aussi bien sur ses avantages que sur ses inconvénients.

Au début de notre siècle lorsque les chirurgiens, ayant eu des succès sur la voie biliaire accessoire, se risquaient sur la voie principale par la cholédocotomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne, ils se sont posé la question : Comment terminer l'opération de la taille cholédocienne ? Doit-on suturer ? Comment drainer ?

Et c'est en 1897 que Kehr y répondit : il faut drainer systématiquement le cholédoque, car c'est la technique qui :

— évite la péritonite ;

— élimine les concrétions calculeuses oubliées ;

— permet d'évacuer et laver les voies biliaires qui sont toujours infectées.

Le drainage par le tube en T est né. En France, comme ailleurs, d'importantes statistiques viennent fonder, et pour de longues années, le dogme du drainage externe systématique après cholédocotomie.

Ainsi, Cotte, en 1908, ne conclut-il pas sa thèse : lithiase du cholédoque = ablation des calculs et drainage de Kehr.

Jusqu'en 1913, alors que le traitement de la lithiase cholédocienne semblait codifié par le dogme de l'hépaticus-drainage, Sasse, chirurgien de l'hôpital privé de Francfort, dans une publication des *Archiv fuer Klinische Chirurgie*,

se déclara l'adversaire du drainage externe. Il affirma, sans ambage la supériorité de la C.D., drainage interne de la V.B.P.

Son argumentation se résuma ainsi :

— l'anastomose fait gagner à l'opéré « Zeit, Geld und Leben » (Temps, argent et vie) ;

— ses expériences sont faites sur 10 opérés bien guéris et un onzième en voie de guérison. Donc, résultats parfaits, bien qu'il y ait deux cas ayant laché partiellement les sutures, mais « sans dommage » pour les opérés.

Pour expliquer le bien fondé de sa méthode, Sasse reprit les arguments de Kehr et y opposa les siens :

1° Le drainage interne assure aussi bien que l'externe l'écoulement de la bile infectée ;

2° La C.D. réalise un écoulement permanent de la bile et la stase biliaire est supprimée ;

3° Le lavage par le drain de Kehr n'est pas sans danger, car en agissant ainsi, on peut refouler dans les V.B. intra-hépatiques une infection localisée au cholédoque inférieur.

Se déclarant l'adversaire acharné de Kehr, Sasse alla même jusqu'à plaider pour les inconvénients du drainage externe :

— perte de bile plus ou moins totale, entraînant une déshydratation ;

— apparition d'ulcère de decubitus au point où repose le drain cholédocien ;

— cicatrisation lente ;

— nécessité d'une deuxième intervention s'il existe un rétrécissement de la papille, une tumeur, ou un obstacle quelconque, alors qu'après anastomose, il n'y a aucune crainte de fistule biliaire.

Dix ans plus tard, les disciples de Sasse, Goepel et Floercken publièrent les résultats éloignés des opérés de leur maître. A partir de 1926, Finsterer (France) devait reprendre les idées de Sasse et se faisait « l'infatigable

missionnaire de l'Evangile de Francfort ». En 1939, il publia aux Séances de l'Académie de Chirurgie de Lyon, une statistique personnelle de 62 C.D. pour lithiase, et déclara avoir abandonné le drainage externe.

En 1939, Pierre MALLET-GUY s'est livré à une enquête auprès des Allemands. Il a constaté que les partisans de la C.D. étaient loin d'être la majorité. Malgré cela, et bien que les publications de FINSTERER ne présentaient pas l'opinion moyenne, tous reconnaissaient « une place » à l'anastomose dans le traitement de la lithiase de la V.B.P. et ceci avec la condition première : *Extirpation préalable de tous les calculs cholédociens.*

Et c'est à partir de l'année 1943, aux Séances de l'Académie de Chirurgie et de la Société de Chirurgie de Lyon réunies que l'euphorie bat son comble pour la pratique de la C.D. dans la lithiase cholédocienne. Des statistiques favorables sortent de l'ombre :

— MALLET-GUY publia ses 62 observations de la C.D.

Il n'hésite pas à condamner les autres techniques opératoires cherchant à compenser les inconvénients du drainage de KEHR.

Pour lui,

— la suture après dilatation de la papille n'est pas sans danger : fausses routes, pancréatite hémorragique, reflux duodénal faisant lâcher les points ;

— la suture après papillotomie au sphinctérotome de COLP, DOUBILET et GERBER est justiciable des mêmes critiques ;

— la plastie par voie transduodénale de l'orifice vatérien, appelée C.D. interne est plus dangereuse pour le canal de WIRSUNG ;

— le drainage transvatérien par tube perdu à la manière de Pierre DUVAL pose le problème du drain abandonné.

MALLET-GUY conclut ainsi qu'à la place de tout cela, il n'y a que la C.D. de SASSE qui soit la meilleure et la plus sûre réalisation de la cholédocotomie idéale ;

— Rochet annonça que le pronostic des opérations pour lithiase du cholédoque s'est amélioré. Ceci est dû, non seulement au fait que les médecins se décident à confier plus tôt leurs malades aux chirurgiens, que la préparation du patient avant l'intervention est meilleure, mais surtout à l'application d'une technique plus précise qu'est la cholédoco-duodénostomie donnant aux suites opératoires une simplicité remarquable ;

— Soupault, après avoir repris les reproches faits au drainage de Kehr, termina son exposé par l'invitation à ses confrères de s'efforcer de donner à la C.D. dans la lithiase biliaire une place beaucoup plus étendue qu'auparavant.

En quoi consiste la C.D. ?

Il nous suffit alors de nous reporter à la monographie de Pierre Mallet-Guy et Marion (1943). Ils nous précisent la physiologie de la C.D. et nous décrivent diverses techniques.

a) Physiologiquement ;

D'après les recherches faites chez l'homme et le chien, il a été conclu que la physiologie de la C.D. est dominée par le problème du reflux duodénal :

1° A jeun, le duodenum étant au repos, l'anastomose fait tomber la pression dans les V.B. Il n'y a pas de reflux duodénal.

Donc, dans la période de repos digestif, c'est un excellent moyen de drainage ;

2° En période digestive, physiologie différente selon que :

a) C.D. d'indication absolue, soit cholédoque sténosé, conditions physiologiques mauvaises : le reflux est important ;

b) C.D. d'indication relative, soit cholédoque libre. Les conditions physiologiques sont bonnes : le reflux duodénal s'évacue immédiatement par le cholédoque inférieur. Le

liquide duodénal emprunte le court-circuit duodéno-cholédoco-duodénal réalisant une aspiration des V.B.

Donc, même en période digestive, drainage qui n'est pas mauvais ;

3° Importance de la position du sujet en période digestive :

— reflux faible en station debout ;

— Reflux plus important en position couchée et surtout en decubitus latéral.

b) Les diverses techniques :

En pratique, on fait le plus souvent une incision cholédocienne longitudinale qui sera suturée avec le duodenum :

1° Technique de Jurasz : technique princeps de Sasse :

— incision longitudinale du cholédoque ;

— sur le duodenum ; incision transversale perpendiculaire au courant intestinal sur la face postérieure ;

2° Technique de Floercken : variante de la technique de Sasse ;

3° Technique d'Allessandri :

— anastomose iso-péristaltique ;

— incision longitudinale sur la face postérieure du duodenum ;

4° Technique de Finsterer :

— incision longitudinale sur le cholédoque ;

— sur le duodenum : incision longitudinale sur le bord supérieur ou sur sa face postérieure. Longueur de la bouche : 2 à 3 centimètres.

Citons en passant :

— anastomose du confluent biliaire ;

— C.D. sur prothèse permanente ;

— C.D. sur prothèse temporaire.

c) Des conditions anatomiques doivent être rassemblées pour réaliser l'anastomose :

— Cholédoque très dilaté : nécessaire surtout pour réaliser la technique de FINSTERER ;

— Epaississement de la paroi, permettant ainsi de trouver facilement les trois plans de sutures ;

— Vacuité du cholédoque inférieur.

PLACE DE LA C. D.

Muni des diagnostics clinique, paraclinique et opératoire de la lithiase de la V.B.P., et après avoir extirpé tous les calculs, comment le chirurgien doit-il concevoir la place de la C.D. ?

Pour répondre à la question, et exposer les éléments qu nous incitent à utiliser l'anastomose, nous jugeons nécessaire de présenter nos observations de C.D.

NOS OBSERVATIONS

I. — 1949, Femme de 60 ans.

Admise dans le service en janvier 1949 avec le diagnostic de cholécystite calculeuse.

Première colique hépatique en septembre 1948.

Puis léger ictère, plusieurs crises avec l'association des trois symptômes : douleur, fièvre, subictère.

Examens : Etat général : amaigrisement, pas d'ictère au moment de l'admission, état général déficient.

— La vésicule n'est pas perceptible.

— Température à 40° survenant régulièrement tous les quatre jours.

— La cholécystographie n'a pas montré d'imprégnation vésiculaire et le tubage duodénal, pas de bile B.

— T.A. 9,5/6.

Risque opératoire (R.O.) = 3.

Intervention : Cholécystectomie : petite vésicule scléro-atrophique, sans calcul.

Le cholédoque contient un calcul palpable, mobile.

L'exploration transcystique montre :

— courbes manométriques normales,

— radiographie per-opératoire : pas de calcul autre que celui qui est facilement palpable. Léger reflux dans le Wirsung. Après taille cholédonienne pour extraire le calcul, on termine par anastomose cholédoco-duodénale.

Suites opératoires : très bonnes.

Neuf mois après l'intervention, la malade est revue en excellent état. L'exploration radiologique gastro-duodénale prouve que l'anastomose fonctionne bien.

II. — 1949, Homme de 50 ans.

Admis dans le service le 30.5.49 pour un ictère par rétention depuis six semaines.

Pas de fièvre, ni douleur.

La vésicule n'est pas perceptible.

En raison des antécédents certains de colique hépatique, on intervient sur le diagnostic de lithiase de la V.B.P.

R.O. = 2.

Intervention : Cholécystectomie sur vésicule peu volumineuse contenant plus de 500 petits calculs.

La palpation de la V.B. permet de percevoir un grand nombre de petits calculs qui sont enlevés par cholédocotomie.

La manométrie de la V.B. indique un libre passage dans le duodenum.

La radiographie per-opératoire montre un gros cholédoque.

L'anastomose cholédoco-duodénale est adoptée.

Suites opératoires : très bonnes.

Malade revu cinq mois après. L'examen radiologique montre que l'anastomose fonctionne bien.

III. — 1949, Homme de 39 ans.

Admis dans le service pour ictère en avril 1949.

Deux ans auparavant : mai 1947 : colique hépatique.

Décembre 1947 : ictère.

Mai 1948 : deuxième ictère.

Mai 1948 : cholécystectomie pour cholécystite calculeuse, suivie d'une fistule biliaire persistant pendant quatre mois.

Février 1949 : récidive d'ictère.

A l'examen : Bon état général : GR 3.800.000.

R.O. = 2,5.

Réintervention : Extraction d'un gros calcul unique, rétro-duodénal.

Calcul friable, se brisant au moment de son extraction.
On a terminé l'intervention par l'anastomose cholédoco-duodénale.

Suites opératoires : tres bonnes.

Malade revu en très bon état sept mois après l'intervention. L'examen radiologique après opacification barytée de la voie biliaire s'avère sans résultat.
Il semble que l'anastomose ait cessé de fonctionner.

IV. — 1957. Femme de 58 ans.

Dans ses antécédents, un an avant son hospitalisation, a été opérée pour une suppuration dans la région hépato-vésiculaire. Les suites étaient satisfaisantes.

Admise dans le Service en juin 1057, car :

— depuis deux mois, douleur dans l'hypochondre droit, s'irradiant en ceinture dans la région épigastrique. Pas d'ictère.
— Foie augmenté de volume mais non douloureux.
— Température 39°.
— Formule sanguine montre leucocytes 17.000.
— R.O. = 2.

Intervention : Découverte d'une vésicule lithiasique avec péricholécystite importante.

— Radiomanométrie per-opératoire montre :

Pression résiduelle élevée (30 cm Hg),
V.B.P. dilatée,
Reflux dans le Wirsung,
Passage duodénal peu important,
Image suspecte de calcul dans la V.B.P.

— Cholédocotomie et ablation d'un calcul dans la V.B.P.
— Anastomose et drain sous-hépatique.

Suites opératoires : bonnes.

V. — 1959, Femme de 66 ans.

Hospitalisée pour la troisième fois en décembre 58.
Depuis un an : trois crises de colique hépatique, douleur dans l'hypochondre droit, température, amaigrissement importante, ictère lors de la première hospitalisation.

Laboratoire : Test hépatique : Protides 74 grs., Gros 1,3, Mac Lagan 75.

V.S. : 90, 115.

Radio pré-opératoire : Vésicule mal imprégnée, V.B.P. très dilatée avec image de calcul dans le canal hépatique.

R. = 3,5.

Intervention : Découverte de cholécystite scléro-atrophique renfermant deux calculs.

V.B.P. très dilatée (3 cm) renfermant un calcul mobile de volume d'une noix.

Cholangiographie per-opératoire : opacification du segment cholédoque terminal.

Reflux dans le Wirsung.

Suites opératoires : Satisfaisantes.

VI. — 1958, Femme de 51 ans.

Admise dans le service en août 1958, car présentait depuis cinq mois : Ictère douloureux, pas de temperature, prurit, ballonnement abdominal, état général qui présentait des hauts et des bas.

Cinq jours avant l'hospitalisation : Douleur, température 38°-39°.

Laboratoire : Test hépatique perturbé.

R.O. = 2,5.

Intervention : On découvre :

Vésicule atrophique,
Cholédoque très dilaté,
Calcul dans le sphincter d'Oddi,
Pancréatite chronique.

— Cholécystectomie.

— Cholédocotomie : ablation d'une vingtaine de calculs de la V.B.P.

— Duodénotomie : ablation d'une volumineux calcul vatérien.

Contrôle radiologique : énorme distension du cholédoque ; pas de passage duodénal ; sténose étendue du bas cholédoque.

Suites opératoires : très bonnes.

VII. — 1960, Femme de 69 ans.

Admise dans le Service en février 1960.

Depuis septembre 1959 :

— Crises douloureuses abdominales droites, s'irradiant en ceinture et se répétant,

— Température au cours des crises.

— Pas d'ictère.

Laboratoire : Test hépatique :
Gros 2,40.
Hanger +.
Mac Lagan 3 U.

R.O. = 3,5.

Intervention :

— Cholédoque très dilaté. Diamètre 2,5 cm.
Contient un volumineux calcul ayant épousé sa forme, puis 3 à 4 calculs de plus petite taille.

— Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires : bonnes.

VIII. — 1962, Femme de 77 ans.

Hospitalisée dans le Service en novembre 1961.

Dans ses antécédents :

— infarctus du myocarde en 1953 ;

— depuis l'âge de 50 ans, présentait des troubles digestifs à type de :

Pesanteur gastrique, anorexie, douleur dans l'hypochondre droit.

En septembre 1961, au cours d'une hospitalisation en Service de Médecine pour cystite, présenta :

— Ictère fébrile,

— Amaigrissement de 6 kgs.

Trois mois après, réhospitalisation en Service de Médecine avec :

— Ictère foncé,

— Température oscillante,

— Asthénie,

— Prurit,

— Urines foncées,

— Douleur dans l'hypochondre droit de plus en plus intense.

Laboratoire :

Taux de prothrombine : 45 %,
Temps de Howell 2'15",
Protides 68 grs,
Urée 0,40.

R.O. = 3,5.

Intervention :

— Découverte d'une grosse vésicule lithiasique et d'un gros calcul dans le cholédoque.

— Cholécystectomie et cholédocotomie au pied du pédicule hépatique permettent de retirer un très volumineux calcul friable et 3 à 4 calculs plus petits.

— Anastomose en 2 plans.

— Drain sous-hépatique.

Suites opératoires : bonnes.

Malade revue en janvier 1962. Etat général bon, sauf constipation opiniâtre existant déjà avant l'opération.

IX. — 1959, Femme de 39 ans.

Hospitalisée dans le Service en août 1959.

Depuis huit ans présentait des crises douloureuses épigastriques, trois à quatre heures après le repas. Les crises se reproduisent au cours de sa deuxième grossesse, à raison de trois crises dans la semaine, puis silence pendant trois ans.

Reprise des crises pendant un mois à raison de deux crises par jour. Puis disparaît et revient en avril 1959.

Radiologiquement : Lithiase vésiculaire.

Etat général : amaigrissement, pas de note infectieuse.

R.O. = 1,5.

Intervention : Vésicule bourrée de calculs
Palpation du cholédoque : on sent des calculs.
Radiomanométrie per-opératoire de la V.B.P. : présence d'une trentaine de petits calculs.

Suites opératoires : très bonnes.

X. — 1959, Femme de 64 ans.

Hospitalisée d'urgence le 12.10.59, à la suite d'un épisode douloureux survenu brusquement : douleur dans l'hypochondre droit à type de crampe, striction entraînant sensation d'oppression. Léger syndrome occlusif.

Depuis 10 ans, et plusieurs fois dans l'année : colique hépatique avec nausée.

Vomissement alimentaire.

Examen : Douleur au point de Murphy. Le cliché fait par le Médecin traitant montre des calculs vésiculaires.

R.O. = 2.

Intervention : Après quatre semaines de traitement médical.

— on découvre : vésicule lithiasque, cholédoque dilaté, noyau de pancréatite au niveau de la tête du pancréas, de volume d'une noisette.

— cholécystectomie

— cholangiographie : V.B.P. dilatée, rétrécie à sa partie terminale ; canal de Wirsung à calibre inégal.

— cholédocotomie : exploration négative.

L'anastomose est décidée en raison de la dilatation de la V.B.P. et retrécissement terminal. Au cours de l'anastomose un petit calcul cholédocien apparaît. Drain sous-hépatique.

Suites opératoires, au septième jour, décès dans un collapsus hyperthermique.

XI. — 1960, Femme de 58 ans.

Hospitalisé en mai 1960.

Depuis 1948, soit 12 ans auparavant, crises de coliques hépatiques tous les 5-6 mois.

Depuis 1958, crises douloureuses avec vomissement bilieux. Expulsion de calcul cylindrique dans les selles.

En février 60, ictère franc ; depuis, ictère et fièvre évoluent par poussées.

Hospitalisée pour intervention.

Etat général : bon.

R.O. = 2,5.

Intervention :

— Découverte de : Fistule cholécysto-duodénale, vésicule fortement scléro-atrophique, large fistule cholécysto-hépatique par laquelle un gros calcul s'engage dans la V.B.P.

— L'incision du reste de la vésicule montre un gros calcul.

— Après résection de la vésicule, on constate : canal hépatique sectionné, très petit cholédoque.

— Cholangiographie montre une perte de substance de la V.B.P.

— Hépatico-duodénostomie.

Suites opératoires : très bonnes.

Quinze jours après, radiographie de contrôle : sous aucune incidence, on n'a pu mettre en évidence un reflux dans l'anastomose.

XII. — 1960, Femme de 70 ans.

Depuis sept ans, crise de colique hépatique.

En février 60 : douleur. La radio montre image de calculs.

En avril 1960 : colique hépatique, vomissement de glaire. Biligraphie : gros cholédoque, vésicule exclue, pas de calcul radiovisible.

Laboratoire : test hépatique montre : Hanger + +, Mac Lagan 1 u.

R.O. = 2,5.

Intervention : Découverte de :

— Petits calculs vésiculaires,

— V.B.P. très dilatée. La palpation révèle la présence d'au moins un petit calcul mobile dans la V.B.P.

— Lésion de pancréatite avec un gros noyau céphalique de la grosseur d'un marron.

— Tâche de cyto-stéato-nécrose sur épiploon voisin.

— Manométrie : pression résiduelle élevée.

— Radio : pas d'image de lithiase. Importante dilatation de la V.B. Pas de reflux dans le Wirsung.

— Cholédocotomie : extraction de sept calculs.

— Anastomose cholédoco-duodénale de sécurité malgré les caractères apparemment complets de la toilette.

Suites opératoires : très simples.

XIII. — 1950, Homme de 37 ans.

Depuis trois ans, présentait des coliques hépatiques et ictère.

A subi cholécystectomie, suivie d'une fistule. A la fermeture de celle-ci, apparition d'ictère.

R.O. = 2,5.

Réintervention : découverte de :

— nombreux calculs biliaires englobés dans la boue biliaire épaisse et abondante ;

— après vérification radiomanométrique, anastomose cholédoco-duodénale.

Suites opératoires : très bonnes.

XIV. — 1952, Femme de 65 ans.

Présentait un passé biliaire ancien avec des crises douloureuses subintrantes.

R.O. = 2,5.

Intervention : Découverte de vésicule scléro-atrophique, V.B.P. très dilatée. A la palptation, deux gros et un petit calculs cholédociens.

Suites opératoires : très bonnes.

XV. — 1955, Femme de 68 ans.

Depuis trois ans, présentait des crises de coliques hépatiques a raison de trois à quatre crises par an.

Un mois avant son hospitalisation présentait : un état de mal douloureux, un ictère.

R.O. = 3,5.

Intervention : Découverte d'une grosse vésicule, d'un gros cystique, d'un gros cholédoque.

— A la radio : montre bas cholédoque rétréci sans passage duodénal, calculs cholédociens. Les calculs sont enlevés par le cystique.

Suites opératoires : très bonnes.

Décès ultérieur par néo du côlon droit, mais sans récidive biliaire.

XVI. — 1956, Femme de 61 ans.

Femme ayant présenté un passé biliaire datant de plusieurs années.

Les crises de coliques hépatiques se reproduisent de façon de plus en plus fréquentes.

Apparition de subictère.

R.O. = 2.

Intervention : Découverte de vésicule avec de tout petits calculs, de nombreux calculs dans la V.B.P.

Anastomose cholédoco-duodénale après cholécystectomie.

Suites opératoires : satisfaisantes.

XVII. — 1958, Femme de 60 ans.

Femme ayant présenté des crises anciennes de colique hépatique avec subictère.

R.O. = 2.

Intervention : Vésicule lithiasique, présence de calculs dans la V.B.P., cholédoque dilaté.

La cholédocotomie révèle la présence de calculins avec de la boue biliaire.

A la radio, reflux Wirsungien.

Suites opératoires : très bonnes.

XVIII. — 1959, Femme de 60 ans.

Dans ses antécédents, deux infarctus du myocarde, un long passé biliaire, mais n'ayant eu que deux poussées d'ictères.

R.O. = 3.

Intervention : Découverte d'une vésicule scléro-atrophique.

— Radiomanométrie : Présence de calculs dans la partie terminale du cholédoque. V.B.P. dilatée.

— Extraction des calculs par cholédocotomie et duodénotomie.

Suites opératoires, décès au troisième jour par complication cardiaque.

XIX. — 1959, Femme de 64 ans, diabétique.

Présentait depuis sept ans des crises de coliques hépatiques. La dernière crise était accompagnée d'ictère. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes.

R.O. = 2,5.

Intervention : Découverte de vésicule lithiasique. Cholédoque dilaté.

— Radiomanométrie : Plusieurs calculs cholédociens. Reflux Wirsungien important.

— Extraction des calculs par cholédocotomie et Papillotomie.

— Anastomose cholédoco-duodénale.

Suites opératoires : bonnes.

XX. — 1959, Femme de 70 ans.

Admise dans le Service avec le diagnostic de : ictère par rétention. Présente : fièvre, douleur.

R.O. = 3.

A l'intervention : Découverte de vésicule épaissie mais sans calcul.

Radiomanométrie : V.B.P. très dilatée.
Pas de passage duodénal.
Présence de nodule de Pancréatite céphalique.
De nombreux petits calculs dans la V.B.P.
Extraction des calculs par voie combinée.

Suites opératoires : très bonnes, mais six mois après, gastrectomie pour ulcus.

XXI. — 1961, Femme de 37 ans.

Présente depuis quatre ans des crises de colique hépatique.

Pas d'ictère.

La radiographie montre : vésicule exclue, cholédoque dilaté.

R.O. = 1,5.

A l'intervention : De nombreux calculs enclavés dans le cholédoque. Suites opératoires, présente une atélectasie post-opératoire, puis suites satisfaisantes.

La malade est revue cinq mois après.

XXII. — 1959, Femme de 62 ans.

Femme ayant subi cholédocotomie suivie de drain de KEHR.

Le drain de KHER a été enlevé après contrôle radiologique.

Six mois après, apparition de nouvelles crises douloureuses

La biligraphie révèle la présence de lithiase résiduelle.

R.O. = 2.

Réintervention : Découverte de plusieurs calculs, dont un gros, dans la V.B.P.

Suites opératoires : satisfaisantes.

Reprise de poids, mais la malade se plaint toujours de quelques malaises mal précisés.

XXIII. — 1962, Homme de 48 ans.

Depuis deux mois avant son hospitalisation, présente : ictère progressif à début douloureux. Pas de passé lithiasique.

R.O. = 2.

A l'intervention : Découverte de :

— Grosse vésicule avec deux calculs.

— V.B.P. très dilatée avec un gros calcul.

— Cholédoque terminal rigide, angulé, sans passage duodénal.

— Noyau de pancréative pseudo-tumoral.

On a pratiqué une hépatico-duodénostomie, survie d'une gastro-entérostomie.

Suites opératoires : hémorragie post-opératoire locale, mais tout est rentré dans l'ordre. Suites très bonnes.

XXIV. — 1962, Femme de 72 ans.

Présentait : un long passé biliaire, un subictère, des poussées fébriles.

R.O. = 2,5.

Intervention : Vésicule scléro-atrophique. Existence de trois calculs cholédociens.

Suites opératoires : immédiatement après, très bonnes.

A fait quelques jours après sa sortie une poussée d'angiocholite, traitée médicalement.

XXV. — 1961, Femme de 55 ans.

Il y a 20 ans, présentait des premiers signes de colique hépatique.

Depuis, plus de crises douloureuses jusqu'au jour de son hospitalisation où elle souffrait de colique hépatique.

Biligraphie : Présence de sept calculs cholédociens.

R.O. = 2,5.

Première intervention : Découverte de péricholécystite importante ; trois calculs cholédociens.

Pourtant, les autres ne sont pas retrouvés malgré six clichés.

Après cholécystectomie, drainage KHER.

Réintervention : Un an après, elle revient pour nouvelle crise et avec le diagnostic de lithiase résiduelle.

L'extraction par la méthode de Pribram ne ramène rien.

On pratique alors l'anastomose cholédoco-duodénale.

Suites opératoires : très bonnes.

XXVI. — 1960, Femme de 60 ans.

Depuis 2 ans, présentait : colique hépatique, fièvre, subictère.

R.O. = 3.

Intervention : En pleine période fébrile et ictérique.

Découverte de : calcul sus-duodénal, bile épaisse, boueuse et de nombreux petits calculs.

Suites opératoires : très bonnes.

La perméabilité de l'anastomose a été affirmée radiologiquement.

SYNTHÈSE DES INDICATIONS DE LA C. D.

Considérant nos observations, nous sommes amenés à corroborer l'opinion de Mallet-Guy et Descotes : l'anastomose est réservée dans la pratique « aux mauvais cas ». Il importe donc de préciser ce que l'on entend par « mauvais cas ».

Ni l'âge, ni l'ancienneté des troubles biliaires, ni l'altération de la fonction hépatique ne constituent isolément un facteur de gravité.

La gravité d'un cas donné est basée sur les troubles du bilan pré-opératoire et sur ceux du bilan per-opératoire.

De ces troubles se déduit le risque opératoire dont Mallet-Guy et Gandolphe ont proposé la cotation selon ;

— Le terrain : âge, tares, obésité, maladies associées ;

— Le degré de retentissement général de la maladie cholédocienne estimé par l'amaigrissement, déficit des volumes sanguins et globulaires, déficit protéinique ;

— L'état anatomique des V.B. apprécié dans la phase per-opératoire : degré de dilatation, septicité, fistule, lésion pancréatique.

Noté de 0 à 3, le risque est :

— Risque modéré si noté à 2 ou inférieur à 2 ;

— Risque notable 2 à 2,5 ;

— Risque grave supérieur à égale à 3.

L'analyse de nos observations relève :

— 2 cas de risque modéré ;

— 17 cas de risque notable ;

— 6 cas de risque grave.

Ce sera en fonction des données de la radiomanométrie et des conditions de l'état général que doivent se discuter les indications de la C.D. (Roux, Dubost et Aurousseau.)

I. — Les conditions de l'état général

1° *L'âge :*

L'âge peut constituer un facteur de gravité. Sur nos 26 observations, 15 ont 60 ans et plus. L'âge laisse deviner l'ancienneté de la maladie biliaire, les remaniements anatomiques locaux.

D'ailleurs, avec l'âge, les tares augmentent. Mallet-Guy et Gandolphe ont coté le R.O. suivant l'âge :

— de 60 à 65 = 0,5 ;

— plus de 65 = 1.

Donc, par lui-même, l'âge ne constitue qu'un facteur peu important. Mais du fait de fréquentes associations pathologiques, c'est chez les malades âgés, tarés, cardiaques que le drainage biliaire externe constituerait un risque supplémentaire. Tout doit être fait pour leur épargner le moindre déséquilibre biologique et électrolytique. Et il n'y a que le drainage biliaire par C.D. qui réponde à ce but.

Tel est le cas de l'observation I. Cette femme de 60 ans, qui, lors de son hospitalisation pour cholécystite calculeuse, présente un état général très déficient marqué par l'amaigrissement, la fièvre quarte jusqu'à 40°, tension artérielle 9,5/6.

Pourtant, à l'intervention, le cholédoque ne contient qu'un seul calcul palpable, la courbe manométrique normale, et la radio per-opératoire ne montrant pas d'autre calcul que celui qui est palpable. C'était en raison des

risques du drainage de Kehr chez cette malade que l'anastomose cholédoco-duodénale a été décidée. La malade a été revue en excellent état ;

2° *L'état clinique au moment de l'intervention :*

— 7 malades ont été opérés en période fébrile ;

— 12 en période ictérique ;

— 7 ayant présenté un ictère récent ;

— 1 ayant fait récemment un infarctus du myocarde est mort au troisième jour par complication cardiaque ;

3° *Intervention itérative :*

Dans trois observations, il s'agit de réintervention sur la V.B.P. pour calculs oubliés après cholédocotomie et drainage de Kehr.

Tel est le cas de cette femme (Obs. XXII) ayant subi six mois auparavant une cholédocotomie+drain de Kehr.

Le drain est enlevé après contrôle radiologique.

Six mois après, de nouvelles crises douloureuses et la biligraphie révèle la présence de lithiase résiduelle.

Ici, la notion de réintervention peut inciter à priori à user d'une autre technique que celle utilisée en premier temps. La difficulté des réinterventions implique l'utilité fréquente de réaliser une intervention autre que la première ; soit en raison du danger d'aborder à nouveau la V.P., soit pour mieux assurer la libération de la V.B.P. et son drainage (Thèse Malecaze).

Dans ces indications, les constatations per-opératoires nous guideront comme toujours et nous y reviendrons plus bas.

II. — D'après les données de la Radiomanométrie

L'on ne saurait actuellement insister sur l'utilité et l'obligation de pratiquer la cholangiographie et manométrie per-opératoires. Même après l'ablation des calculs, elles seront de règle pour contrôler la parfaite vacuité et perméabilité des V.B. « Qu'on sache qu'intervenir sans avoir la

Radiomanométrie per-opératoire à sa disposition laisse encourir désormais un reproche mérité. Certes, ce n'est pas une mesure paresseuse ; elle exige effort d'équipement, patience et longueur de temps. Elle exige aussi de la minutie et de l'expérience ». (SOUPAULT et CHAMPEAU.)

Les données de la Radiomanométrie seront :

1° *Le type de lithiase :*

a) Il peut s'agir d'un gros calcul unique : dans cinq cas, malgré la facilité du diagnostic, et malgré le caractère apparemment complet de la toilette de la V.B.P. l'anastomose est adoptée comme solution de sécurité.

L'observation n° IV de cette femme de 58 ans, qui présentait deux mois auparavant une douleur dans l'hypochondre droit s'irradiant dans la région épigastrique. Pas d'ictère. Fièvre à 39° et hyperleucocytose à 17.000.

La manométrie per-opératoire montre une pression résiduelle (P.R.) élevée. La cholangiographie ne révèle qu'une image suspecte de calcul dans la V.B.

La cholédocotomie permet d'extraire un calcul dans la V.B.P.

Ici, la C.D. est décidée enraison de la dilatation de la V.B.P. et de la P.R. élevée ;

b) Existence des calculs multiples (21 fois) dont certains sont très nombreux, plus d'une cinquantaine et même plusieurs centaines, et d'autres sous forme de boue biliaire.

L'observation II de cet homme de 50 ans hospitalisé pour ictère par rétention depuis six semaines. Pas de fièvre ni douleur.

A l'intervention, découverte de plus de 500 petits calculs dans la vésicule et dans la V.B.P. Par crainte d'oubli d'un ou plusieurs calculs dans la V.B. P., l'anastomose est adoptée ;

c) Calcul unique mais friable :

Le diagnostic est facile, mais l'extraction s'avère dangereuse en raison de la friabilité du calcul. Il arrive que

le calcul, au cours de son extraction, s'écrase sous la pince du chirurgien. Le cas de l'observation III : sujet ayant subi un an auparavant une cholécystectomie suivie d'une fistule biliaire, a fait une récidive d'ictère. A la réintervention, on a extrait un gros calcul unique rétro-duodénal. Le calcul friable se brise au moment de son extraction.

L'anastomose est adoptée en raison de l'incident opératoire qui fait redouter l'oubli d'un fragment de calcul et la récidive.

C'est ainsi que les types de lithiase dicteront l'indication de la C.D. lors de la *réintervention sur la V.B.P.*

On trouve :

— Une fois au cours de la première intervention un gros calcul friable, une V.B.P. dilatée, un faible passage duodénal, le tout chez un malade présentant un ictère fébrile. A la réintervention quatre mois après, les conditions locales restent les mêmes et l'on découvre plusieurs calculs. On fait l'anastomose ;

— Une fois au cours de la réintervention, on trouve plusieurs calclus du cholédoque, dont un gros ;

— Une fois, la cholangiagraphie I.V. pré-opératoire montrait 7 calculs. (Obs. n° XXV.) A la première intervention, malgré des recherches poussées avec six clichés, on n'a pu extraire que trois calculs. Un an après cholécystectomie et drainage de Kehr, le malade revient pour nouvelle crise douloureuse. A la réintervention, on trouve deux débris calculeux.

En résumé ,lors de la réintervention sur les lithiases résiduelles, l'anastomose paraît réservée, notamment après empierrement ou lithiase pluri-calculeuse. Elle sera permise chaque fois que le cholédoque est très dilaté, ses parois épaissies et qu'existe en même temps un obstacle important à la terminaison, en particulier une pancréatite. (Lataste et Lalardrie.)

2° *Les lésions associées :*

La lithiase cholédocienne affecte toujours la V.B.P. : l'état des parois, le calibre, le sphincter d'Oddi sont altérés.

a) Large calibre du cholédoque :

Dans quinze observations, le cholédoque est noté très dilaté, tel est le cas de l'observation VII, dont le diamètre atteint 2,5 cm. Dans les autres, le cholédoque est suffisamment dilaté pour permettre l'anastomose.

Or, tous les auteurs sont unanimes à dire que le large calibre de la V.B.P. est une des conditions et, peut-être la principale, pour réaliser cette opération.

Cependant, la dilatation seule, même très importante, ne suffit pas à faire porter l'indication de la C.D. et sa réussite. Doivent y participer la multiplicité des calculs, l'obstacle important à la terminaison du cholédoque, l'âge et l'état général du sujet. (Lataste et Lalardrie.)

Parmi ces arguments, dont nous avons passé en revue quelques-uns, existe la deuxième lésion associée ;

b) Obstacle à la terminaison du cholédoque :

Ces obstacles sont cités dans neuf cas de nos observations. Il s'agit soit :

— une pancréatie céphalique nodulaire : cas le plus fréquent, comportant nodule de pancréatite (obs. XX) ou noyau de pancréatite pseudo-tumorale (obs. XXIII).

Soit :

— un obstacle dans la région oddienne,, dont les altérations organiques et irréversibles sont, d'après le service, rares.

« Chaque fois que la traversée du cholédoque inférieur laisse planer quelque doute sur le cours régulier et facile de la bile (parce qu'on ne peut jamais savoir ce que deviendra telle pancréatite, telle oddite rétractile...), alors la dérivation interne faite séance tenante est logique et souvent bienfaisante. » (Soupault et Champeau).

Ces obstacles sont habituellement sous la dépendance de la lithiase ou du phénomème inflammatoire de l'infection et disparaîtront avec le traitement de leur cause. La résoluiton de ces lésions peut être longue et par conséquent la pratique du drainage externe, type Kehr, entraînerait une fuite biliaire excessive et prolongée.

L'anastomose avec ses conditons de réussite supprimera la déperdition hydro-électrique.

c) Fistule bilio-biliaire.

Dans l'obs. n° XI, une hépatico-duodénostomie a été établie à la suite de la constatation d'une fistule bilio-biliaire avec grosse perte de substance de la V.B.P.

L'anastomose est jugée utile car :

— on ne peut pas assurer autour du drain une étanchéité suffisante si on veut drainer à la Kehr.

— l'existence d'une fistule bilio-biliaire peut entraîner des pertes importantes d'électrolytes, surtout si les petites pertes quotidiennes sont plus ou moins mal corrigées et que le malade est âgé. (P. Detrie).

Il s'agit là d'une indication exceptionnelle, mais le résultat était excellent. 15 jours après l'intervention, la radio n'a pu mettre en évidence aucun reflux dans l'anastomose.

En résumé, la C.D. est indiquée :

— à titre de drainage interne chez les malades en mauvais état général pour lesquels une déperdition biliaire risquerait d'être dangereuse. L'anastomose cholédoco-duodénale doit être prise en considération, mais à condition qu'elle soit réalisable, c'est-à-dire avec V.B.P. élargie, à paroi épaisse et non friable.

— Dans les cas de micro-lithiases infectées, avec boue biliaire et calculins multiples. La C.D. est surtout indiquée quand les petits calculs sont détectés dans un cholédoque très distendu. Les moyens d'exploration seront incertains et l'anastomose sera adoptée comme solution de sécurité.

— Quand il s'agit de contourner un obstacle du bas-cholédoque : obstacle pancréatique ou oddien. Ce sera sans doute une indication de nécessité.

RÉSULTATS

I. — Les Résultats immédiats

1° La C.D. latéro-latérale est une opération de technique simple quoique minutieuse. Le mérite principal est d'éviter la déperdition biliaire importante qu'entraîne souvent le drainage externe. De ce point de vue, elle améliore certainement les suites immédiates des opérations pour lithiase et la clinique le prouve bien :

— les accès fébriles des angiocholides disparaissent rapidement,

— les selles se recolorent,

— les ictères s'effacent précocement,

— les troubles hydro-électriques de la déperdition biliaire n'apparaissent pas.

La C.D. nous apparait donc comme une opération bénigne, non choquante, remarquablement supportée par les malades (Marcel Roux, Claude Dubost, Aurousseau).

2° Physiologiquement, le fonctionnement de l'anastomose nous a été décrit dans notre historique : l'anastomose est un moyen excellent de drainage dans la période du repos digestif. En période digestive, si les conditions physiologiques de la C.D. d'indication absolue, sont mauvaises, elles sont au contraire satisfaisantes dans l'anastomose d'indication relative. Le liquide duodénal emprunte le court-circuit duodéno-cholédoco-duodénal et réalise ainsi une aspiration des V.B.

3° Les décès.

Sur nos 26 observations, nous avons à déplorer deux décès quelques jours après l'intervention : l'un au troisième jour (obs. n° XVIII), l'autre au septième jour (obs. n° X).

Il s'agit de deux sujets âgés, le premier de 64 ans, le deuxième de 60 ans.

Le premier malade présentait dans ses antécédents récents deux infractus myocardiques. Malgré son R.O. = 3, l'intervention s'est bien passée après extraction des calculs par voie combinée (cholédocotomie et duodénotomie). Le décès a eu lieu trois jours après l'opération par suite de complication cardiaque.

La deuxième malade : la vraie cause du décès est inexpliquée.

La malade mourut dans un collapsus hyperthermique. L'intervention s'était bien passée, les conditions d'anastomose étaient réunies : V.B.P. dilatée, rétrécie à sa partie terminale.

Malgré le taux assez élevé de mortalité 7,6 % sur 26 observations de C.D., l'analyse de ces 2 observaions nous montre, sans vouloir être trop caégorique d'ailleurs, que les causes des décès ne sont pas directement liées aux suites de l'intervention.

II. — Les Résultats éfoignés

Les statistiques des auteurs allemands et chirurgiens comme Finsterer avec ses 233 cas, Hartl 123 cas, Demel 43 cas, Valdon(200 cas, nous prouvent que cette intervention doit être de suites éloignées favorables.

Sur chacune de nos 26 observations, nous avons mentionné :

suites très bonnes, comportent :

— Le retour au poids normal : on observe des variations de 10 à 20 kgs.

— Des fonctions digestives normales, marquées par :

absence de douleur,

régularité du transit intestinal,

absence de tout régime.

Suites bonnes quand :

— Le malade est très amélioré.

— Mais il peut persister quelques phénomènes douloureux, peu intenses, et parfois sans lendemain.

— Quelques troubles digestifs légers nécessitant une surveillance de l'alimentation.

Nous comptons 14 résultats excellents, soit 53,9 % ;

6 résultats bons soit 23 % ;

4 résltats moins bons, mais satisfaisants, soit 15,3 %.

III. — Perméabilité de l'anastomose

La perméabilité tardive de l'anastomose est souvent contestée. Certains pensent que l'oblitération est fréquente ; d'autres, défenseurs de la C.D. y trouvent les conditions des bons résultats éloignés, une fois que le cours régulier et physiologique de la bile se rétablit.

Dans une statistique toute récente (1963), basée sur 30 observations, Meley, Durand et Chabanne ont soumis à un examen radiologique 6 opérés pris au hasard. Le recul opératoire s'étale de 5 à 1 an. L'anastomose s'est avérée perméable dans 5 cas figurant dans les résultats très bons et bons. Un est un mauvais résultat avec angiocholite persistante.

Par contre, Mallet-Guy, dans une enquête sur les suites éloignées des 100 cas de C.D., relève 4 % de récidive de symptômes. Celle-ci a été dûe à la sténose cicatricielle de l'anastomose. Pour lui, il ne s'agit pas là de restreindre les indications de la C.D., mais à élargir les dimensions de la bouche anastomotique.

IV. — Les Complications

Ces résultas, bien que séduisants, n'échappent pas aux critiques. La physiologie de la C.D. est toujours dominée par le problème du reflux duodénal.

L'examen radiologique de l'anastomose affirme l'existence du reflux :

— reflux aérien avec pneumangiocholie,

— reflux liquidien : la baryte peut emplir largement la voie biliaire principale jusqu'aux rameaux hépatiques.

Le principal inconvénient de l'anastomose cholédoco-duodénale sera donc la conséquence du reflux : *l'angiocholite.*

— Pour certains auteurs, l'inéluctabilité de l'angiocholite suffira à condamner la méthode.

— Pour d'autres, tels que Mallet-Guy, Finsterer, Soupault, les accidents d'anastomose sont dûs à l'association du reflux et de la stase. La stase serait la rançon de la sténose partielle de la bouche anastomotique, de la lithiase récidivante, du spasme du sphincter d'Ochsner. Radiologiquement, la rapide évacuation des V.B. en station débout contitue déjà un signe favorable.

Ces constatations nous permettent d'envisager les moyens possibles pour éviter le reflux : imposer au malade de s'alimenter debout ou assis et de ne pas s'allonger pendant les 2 ou 3 heures qui suivent le repas. On se demande même si les petites douleurs post-prandiales de certains opérés ne sont pas dûes à l'inobservance de cette précaution.

De même, l'usage des cholérétiques et des tubages duodénaux préviendront et traiteront les effets du reflux.

Une solution chirurgicale peut être même envisagée : dérivation du transit digestif par gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale.

CONCLUSIONS

Si certains auteurs tels que FLOERCKEN, FINSTERER, VALDONI, MALLET-GUY ont une grande expérience de la C.D., la plupart des auteurs français ROUX, SENEQUE, SOUPAULT, BROCQ, GOINARD réservent à cette méthode des indications bien sélectionnées.

Pour le service, les indications sont assez fréquentes. CAZAL-GAMELSY a relevé dans sa thèse 17,4 % de cas, soit 1/6 à 1/7 des interventions sur la lithiase de la V.B.P. Bien entendu la fréquence de la pratique de la C.D. est loin d'atteindre celle du drainage de KEHR (60 %).

La position de la méthode de C.D. est prise entre la plus ancienne, le drainage de KEHR, et celle plus récente, la sphinctérotomie, ou mieux la sphinctéroplastie.

— le drainage de KEHR reste encore une excellente méthode, suivie de ses résultats immédiats et éloignés très satisfaisants. Il a fait ses preuves entre toutes les mains. Le jour n'est pas encore venu où il sera considéré comme tactique périmée. Et même MALLET-GUY, connu pour la cause qu'il défend, y a encore recours de temps en temps.

— la sphinctérotomie avec sphinctéroplastie sont consirées par certains auteurs comme les méthodes de drainage interne aux suites immédiates simples et aux bons résultats éloignés. Elles trouvent leurs grandes indications dans l'enclavement ou la persistance dans les V.B. d'un calcul ou fragment de calcul.

Pour le Service, la sphinctérotomie et sphinctéroplastie sont réservées aux malades en bon état général.

D'après notre Maître le Profeseur GRIMOUD, ce serait une indication de nécessité lors de calculs enclavés ou calculs multiples imposant la voie double. Il ne s'agit cependant pas d'une opération qui puisse résoudre le problème de la lithiase cholédocienne. Les complications sont surtout grandes lorsqu'il y a associaiton de pancréatite.

Quand à la C.D. ses indications ne sont pas systématiques. Mais la restriction de son utilisation est dûe à l'application des règles bien précises :

— indication fondée sur les conditions du cas clinique : sujet d'âge avancé, d'état général précaire, ne pouvant pas souffir le moindre désordre biologique et électrolytique.

— indication fondée sur les constatations per-opératoires : polymicrolithiase, cholédoque à paroi demeurée souple et de calibre assez large, rétrécissement étendu de la partie inférieure du cholédoque par pancréatite ou oddite.

Tout en essayant d'être aussi objectifs que possible dans l'analyse de nos observations, nous faisons des constatations favorables :

La C.D. est réservée au « mauvais cas », mais la mortalité s'avère faible et les bons résultats éloignés sont d'une proportion assez forte. Elle a sa place dans la chirurgie biliaire, mais « elle ne mérite ni excès d'honneur, ni indignité » (Ameline).

L'anastomose sera faite sans arrière-pensée lorsqu'elle apparaîtra utile et que ses conditions techniques seront réalisées.

Vu ; le Doyen,
Pour le Doyen, l'Assesseur,

BLANC.

Vu : le Président,

GRIMOUD.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 16 novembre 1964.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :

A. LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

AMELINE (M.) : La place de la Cholédoco-duodenostomie dans la lithiase de V. B. P., Mém. de l'Acad. Chir. tome 79, nº 10 — Mars 1953 — p. 263.

CACHERA : Lithiase du cholédoque (Edit. Flammarion).

AYARI Ch. et CAROLI J. : Avenir de la cholédoco-lithiase opérée, Arch. Mal. Ap. Dig. 1955, 44, 7 Août p. 891.

BROCQ P., POILLEUX F. et BOULAKIA A. : La lithiase cholédocienne, Résultats opératoires, Mém. Ac. Chir. T. 79, nº 10 — Mars 1953 — p. 251.

MELEY J., DURAND F. et CHABANNE G. : Résultats de la Cholédoco-duodenostomie dans la lithiase biliaire (30 observations), Journal Médical de Lyon 20 Avril 1963, T. 44 nº 1031, p. 707-712.

MALLET-GUY et GANDOLPHE : Les indications respectives des diverses interventions dans la lithiase cholédocienne (d'après 100 cas opérés en 2 ans), Mém. Ac. Ch. T. 79, Janvier 1953, p. 60.

DUCUING J. et GRIMOUD M. : Sur le diagnostic et le traitement de la lithiase de la V. B. P., Soc. de Ch. de Toulouse, Mars 1950.

FINSTERER H. : Peut-on recommander la cholédoco-duodénostomie pour le traitement des maladies des voies biliaires ? Mem. Ac. Ch., T. 78, Mai 1952, p. 499.

CAZAL-GAMELSY : Les indications chirurgicales dans la lithiase de la V. B. P., Thèse Toulouse, 1962.

GRIMOUD M. : Trois observations de cholédoco-duodenostomie après cholédocotomie pour lithiase de la V. B. P., Lyon chirurgical, fév. 1950.

GRIMOUD M. : Les indications chirurgicales dans les lésions de la V. B. P. au cours de la lithiase, J. méd. de gastro-entéro, Marseille, Mai 1955, des Arch. des Malad. ap. Dig. sup., nº 9-10, septembre-octobre 1955.

HEPP J. : A propos du traitement chirurgical de la lithiase cholédocienne, Mem. Ac. Ch., T. 79, nº 10, Mars 1953, p. 255.

LEGER L. et DETRIE Ph. : Les pertes électrolytiques par fistule biliaire, P. M. 22-10-55.

MALLET-GUY P. et MARION P. : La chirurgie de la duodenostomie d'indication relative, 1 vol., Edit. Paris, 19[illegible]

MALLET-GUY P. et GANDOLPHE : Le risque opératoire dans la lithiase cholédocienne, Lyon Chirurgical, 1953, T. 48, p. 185.

MALLET-GUY P. et DESCOTTES J. : Enquête sur les résultats éloignés de 100 cholédoco-duodenostomie d'indication relative, Lyon Chirurgical, T. 50, août-septembre 1955.

MIRIZZI P.-L. : Les fistules biblio-biliaires internes spontanées, J. Ch. 68, janvier 1962, p. 32.

ROUX M., DUBOST Cl. et AUROUSSEAU R. : La place de la cholédoco-duodenostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne, J. Ch., Tome LXX, février 1954, p. 122.

SENEQUE J. : Les indications opératoires dans la lithiase du cholédoque, Mém. Ac. Chir., T. 79, Mars 1953, p. 259.

SOUPAULT R. et CHAMPEAU M. : Les indication opératoires dans la lithiase cholédocienne., Mém. Ac. Chir., T. 79, Mars 1953, p. 247.

SOUPAULT R. et SULTAN R.-A. : Complexité de la lithiase hépato-cholédocienne et de son traitement. Indication de la voie combinée, An. Chir. 1959, p. 1049-1064.

DEMEL R. : Cholédoco-duodenostomie sans prothèse perdue, P. M., 16 février 1952, p. 220.

MALLET-GUY P. : La place de la cholédoco-duodenostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne, Mém. Acad. Chir., 1943, T. 69, p. 335-342.

LATASTE J. et LALARTRIE J.-P. : La lithiase de la voie biliaire principale (20 obs.), P. M., 24 octobre 1962.

GOINARD E.-P. : Conclusion de la disc. sur sphincteroplastie, Mém. Ac. Ch., T. 85, p. 258.

PASTEUR VALLERY RADOT, HAMBURGER J. et LHERMITTE F. : Lithiase cholédocienne, Pathologie médicale.